

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXIII

AGOSTO

N.º 2

Sumário:

<i>Hemorragia peritonial de origem ovariana —</i>	
Dr. GUSTAVO KEIL	19
<i>Sanatório São Lucas — Reuniões do Corpo</i>	
Médico	28
<i>Sanatório São Lucas — Operações realizadas ..</i>	32



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de
"ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO DE 1961/1962

Presidente

DR. ENRICO RICCO

Vice-Presidente

Prof. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOHN BENJAMIM KOLB

Primeiro Tesoureiro

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

Segundo Tesoureiro

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Bibliotecario

DR. ROBERTO DELUCA

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. PAULO G. BRESSAN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXIII

AGOSTO

N.º 2

Hemorragia peritoneal de origem ovariana (*)

Dr. GUSTAVO KEIL

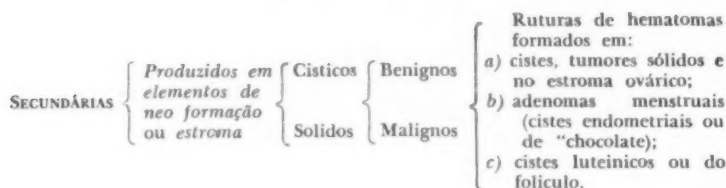
Médico Interno do Sanatório São Lucas

O síndrome de inundação intra peritoneal, faz pensar sempre em sua causa quase habitual, a rutura de um embaraço tubário; porém de quando em quando o cirurgião encontra em sua intervenção, que ambas as trompas se encontram sãs, sem rutura, nem tampouco gestação tubária e tem então que buscar as outras fontes possíveis da hemorragia. A hemorragia intra peritoneal na mulher, vinculada a sua patologia genital, constitui um problema freqüente em ginecologia de urgência. Pode-se afirmar para o fato de que na mulher a hemorragia intraperitoneal não é sempre sinal sinônimo da ectopia gravídica, como a sua relativa maior freqüência leva a supor, mas que outros fatores patológicos na árvore genital podem ser causadores dessa situação de urgência. Embora aparentemente exagerada, é categórica a afirmação de Hardy de que o "ovário é mais freqüentemente a sede de hemorragias do que qualquer outro órgão do corpo", como lógica consequência da especial conformação da sua estrutura, da sua grande vascularização, e da constante e clínica alteração morfológica que a sua especial atividade funcional provoca, desde a puberdade até a menopausa.

As hemorragias intraperitoneais de origem ovárica podem ser primárias ou secundárias segundo Jean Baumann.

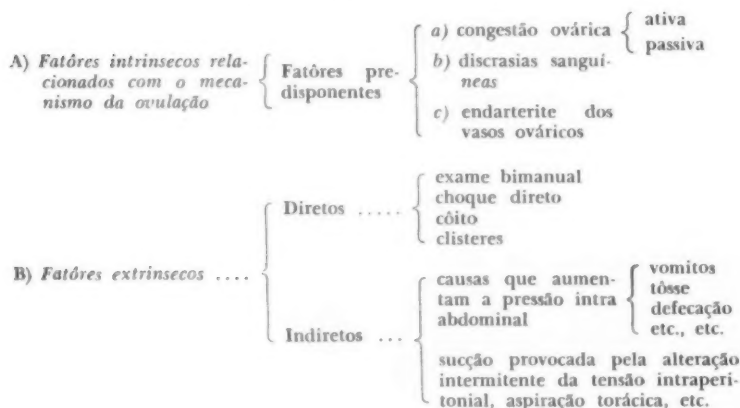
PRIMÁRIAS	{ Provenientes de elementos constitutivos normais	{	Foliculo de Graaf
			Corpo amarelo

(*) Trabalho apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 4 de maio de 1961.



Descreveremos apenas as hemorragias intraperitoniais de origem ovárica primária.

ETIOPATOGENIA



Para se compreender bem a sua patogenia é conveniente relembrar os aspectos histológicos da maturação do foliculo até à formação do corpo amarelo, que vamos resumir segundo Novak:

O foliculo maduro é uma estrutura cujo diâmetro raramente excede 8 mm e que nem sempre faz proeminência à superfície do ovário. Apresenta os seguintes elementos de fora para dentro:

- 1) A teca externa que representa somente uma camada do estroma ovárico condensado.
- 2) A teca interna constituída de células de tecido conectivo especializado tendo a mesma origem embriológica que a granulosa e como esta susceptível às doenças hormonais ligadas à menstruação e à gravidez. Apresenta marcada hipertrofia e é rica de elementos lipóides que mesmo antes da evolução podem sugerir, na aparência, células luteínicas. A teca interna é muito vascularizada e os vasos sanguíneos formam uma espécie de corôa à volta da granulosa, a corôa vascular peri-granulosa.

- 3) A membrana granulosa do folículo maduro é formada de características células redondas ou poliédricas, poliestratificadas, compactas, com núcleo central de coloração escura. Pode apresentar os corpos de Call Exner. A cavidade central, ovoides, do folículo ou antrum é cheia dum líquido claro, o liquor folliculi.
- 4) Num dos polos a membrana granulosa é mais espessa, o cumulus oöphorus ou discus proligerus, no qual o óvulo fica encastado cercado pela corona radiata limitada pela zona pelúcida separada do ovulo pelo espaço perivitilino.

O corpo amarelo tem origem imediatamente após a ovulação e apresenta os seguintes estados:

1) **Proliferação ou hiperemia.** — Poucas horas após a ovulação inicia-se a transformação do folículo maduro e roto, com a cavidade central colapsada, e o estigma por onde se fez a postura ovular cheio de fibrina. "Imediatamente após a rotura do folículo pode haver um coágulo à superfície do ovário no sítio da rotura. A cavidade do folículo pode conter, ou não, um coágulo de sangue; freqüentemente há somente um fluido turvo ou claro." (Curtis). E Novak afirma: "a hemorragia não ocorre normalmente com a ovulação, contrariamente à antiga suposição". As células luteínicas são formadas pela modificação das células granulosas. A camada granulosa, avascular, diferencia-se da teca interna vascularizada. O lúmen do corpo contém pouco ou nenhum sangue.

2) **Vascularização.** — Em rápida transição passa para esta segunda fase. A granulosa é invadida pelos capilares neoformados que verticalmente se dirigem à cavidade central, enchendo-a de sangue. As células granulosas adquirem as características de células luteínicas. Usualmente a hemorragia ocupa uma zona adjacente à camada luteínica. Se ela for mais abundante toda a cavidade fica cheia de sangue e forma o hematoma do corpo amarelo que, nesta fase, é visível à superfície do ovário, ou às vezes, está totalmente incluído. Ao corte a zona luteínica amarelo-brilhante diferencia-se do sangue dentro da cavidade.

3) **Maturação.** — Arbitrariamente se marca o início desta fase em 10 dias antes da menstruação. É um corpo volumoso de 1 — 1,5 cm. de diâmetro. A zona luteínica é larga e festonada, atravessada pelas trabéculas da teca interna com vasos. As células de teca, epitelioides na aparência e às vezes com disposição alveolar, chamam-se células luteínicas da teca, ou paraluteínicas. O sangue da cavidade começa a ser reabsorvido, embora não desapareça completamente.

4) **Retrogressão.** — Segundo Brewer, inicia-se no 22 ou 23 dia do ciclo. Segundo Corner, 2 a 3 dias antes do início da menstruação. É caracterizada pelo incremento dos lipídios e da fibrose da zona

luteínica seguida após algumas semanas pela hialinização. O corpo albicans ou candicans é caracterizado pela zona luteínica amorfa, enovelada, e completamente hialinizada, cercando um nódulo central de tecido cicatricial.

Podemos agora compreender como os fatores intrínsecos, relacionados com o mecanismo da ovulação, e fatores extrínsecos como os traumatismos, poderiam atuar provocando hemorragias patológicas sobretudo se certos fatores adjuvantes ou predisponentes, interessando a integridade vascular, ou interferindo no mecanismo normal da defesa contra hemorragias, ampliassem as pequenas perdas sanguíneas, fisiológicas condicionadas pela própria estrutura histológica do folículo maduro ou do corpo amarelo, no sentido anormal mais ou menos grave até à inundação peritonal.

A) *Fatores intrínsecos*

Vamos resumir a descrição de Hector Guixá. Verifica-se maior incidência de hemorragia em 2 momentos do ciclo; a postura ovular, e a fase pré-menstrual. Para Schröder, Ahumada e outros, a hemorragia é provocada pelas seguintes causas:

- a) rotura das venulas no ponto do estalido folicular, zona geralmente avascular.
- b) exageração da pequena hemorragia da rotura dos capilares da teca interna que normalmente se observa no momento da ovulação. Como vimos, Novak afirma que esta pequena perda sanguínea não ocorre normalmente.
- c) hemorragia de capilares patológicos de um corpo amarelo anômalo, no período da vascularização.
- d) exageração da pequena hemorragia que se observa no núcleo do corpo amarelo logo a seguir ao período da vascularização.

Fatores predisponentes variados, e autenticados por casos descritos por numerosos autores, facilitaram o agravamento dessas hemorragias.

Roth atribui o papel preponderante a uma verdadeira sucção do ovário provocada pela intermitente alteração da tensão intra-peritonal pela aspiração torácica, reflexos viscerais, esforços, etc. A congestão ovárica seria um outro fator a considerar: congestão ativa provocada pelas variações bruscas do regime circulatório a que o ovário está submetido sob a ação de causas endócrinas e simpáticas, descritas por Stapfer, as inflamações dos órgãos vizinhos (apendicopatias, etc.), intoxicações e infecções gerais, congestão passiva, pela estase provocada por tumores vizinhos, etc.

Autores como Lemonnier, Schickele, Mals e Voss, Santy, Guillemin e outros, descrevem casos associados a várias discrasias sanguíneas, poliglobulia, leucemia, etc.

Traumatismos variados, diretos e indiretos, podem desencadear a rotura e as hemorragias do folículo e do corpo amarelo. Labry, Klein, Payne, Johnson, Winiwarter, atribuem ao coito papel preponderante pela sua ação traumática e pela congestão ovárica produzida pelo orgasmo. Marschall, Greenil, Novak, citam casos em que a rotura se deu no momento do exame bi-manual. Um golpe direto 3 horas antes da crise é observado por Christopher. Um pontapé no baixo ventre, 2 dias antes, no caso de Miller. Lavagem vaginal no caso de Haden, esforços de defecação, vômitos, tosse, etc. citados por Morales, Miller e Primrose.

PATOLOGIA E CLÍNICA

Os mais variados graus de hemorragia, desde os casos benignos até aos casos de hemorragia cataclísmica, podem ser ligados à etiologia que estamos estudando. Temos mesmo que admitir que muitos casos benignos passam despercebidos e que não necessitam de intervenção operatória, como os 88 casos descritos por Grise e Morton cujos diagnósticos se fizeram somente pela história clínica e observação. Sob o ponto de vista da incidência quanto à idade, compulsando os trabalhos apresentados dos vários autores, ela pode se apresentar desde a puberdade até a menopausa, sendo contudo mais freqüente entre 20 e 25 anos.

É de notar a incidência relativamente grande em mulheres virgens: 10% na estatística de Baumann, 13% na de Simon. Deduz-se da própria fisiopatologia que a maior incidência destes casos é na mulher jovem, em plena atividade genital, depois da puberdade e antes da menopausa, sobretudo em mulheres com menos de 25 anos. A hemorragia de origem ovariana pode produzir-se em qualquer momento do ciclo mas existem dois períodos de frequência máxima segundo Baumann e Somon:

- 1) No momento da rotura ovular.
- 2) No período da vascularização do corpo amarelo.

Existe uma nítida preponderância de lesões do ovário direito. Em 100 casos de Simon 63 são à direita. Em 84 casos descritos por Grise e Morton, 75 são do ovário direito. Como a própria estrutura histológica explica, as lesões do corpo amarelo são muito mais freqüentes do que as roturas do folículo, que dão origem a estas hemorragias, 76% segundo Guixá, e 72% segundo Simon.

DIAGNÓSTICO

Podemos de antemão dividir clinicamente com Harris e Groper em 3 grupos o quadro dessa afecção.

GRUPO 1. Caracteriza-se por pequena hemorragia interna, menos de 100 cc. com sintomas muito atenuados. Este quadro se inicia com

dores mais ou menos intensas em uma das fossas ilíacas, que costumam ser passageiras ficando como seqüela uma sensibilidade espontânea ou provocada no abdômem inferior, com estado nauseoso, sem vômito. Não há contratura franca nem dor propagada ao ombro direito (sinal de Lafont), nem sinais de hemorragia ou choque. Ao exame ginecológico pode-se palpar um dos ovários discretamente aumentado de volume, doloroso. Às vezes o fundo de saco de Douglas é sensível. Com repouso ao leito e bolsa de gelo, os sintomas diminuem e após 48-72 horas desaparecem. Simula geralmente "apendicite sub aguda", e quando persiste a dor, se intervém sem diagnóstico exato.

GRUPO 2. Média hemorragia — 100 a 500 cc com sintomas evidentes. A dor é mais evidente e quando se acalma volta a se exacerbar dentro de horas. Dá comumente irradiação para o ombro direito. É também acompanhada de ânsias e vômitos e frequentemente lipotímias. Há tenesmo vesical e retal, o abdômen é doloroso; existe discreta contratura da parede, ficando a enferma inquieta e pálida. O exame ginecológico nada mais revela que nos casos do grupo 1. Confundem-se estes casos habitualmente com apendicite aguda.

GRUPO 3. Intensa hemorragia — 500 a 1.500 cc com sintomas francos de hemorragia e choque. Este quadro é menos freqüente. Caracteriza-se pelo quadro de hemorragia interna cataclísmica, com consequente estado de choque. A dor que de início se localiza em uma das fossas ilíacas se propaga a seguir para todo o abdômen dando irradiação para o ombro. Caracteriza-se este grupo pela intensidade e persistência dos sintomas. O exame ginecológico provoca intensa dor no fundo de saco vaginal posterior, dando também a sensação de pastosidade. A mobilização do colo uterino provoca intensa dor. Este quadro simula perfeitamente o da prenhez ectópica interrompida por abortamento ou rotura.

Não tem esta afecção sintomas próprios, evolue sempre simulando outra enfermidade de frequência mais comum. Alguns descrevem uma forma dolorosa e uma forma anêmica. Na primeira simula o quadro agudo mais comum de abdômem, apendicite aguda. É de assinalar como detalhe de interesse que não é necessário que o acidente ovárico seja do lado direito para que simule um quadro de apendicite aguda. Na segunda, forma anêmica, confunde-se com o embaraço extrauterino acidatado. Existem, além destas outras, formas menos comuns como as atenuadas e pseudo oclusivas, etc.

O diagnóstico diferencial mais importante deve ser feito com apendicite e prenhez tubária rota sendo muito contraditória na literatura a confusão diagnóstica com estas afecções. Menos freqüentemente pode se confundir com: anexite, ciste ovariano com torção do pedículo, ciste ovariano roto, torção de anexo normal, endometriose ovariana. Deve-se anotar também a possibilidade de concomitância

de hemorragia de um corpo luteo e abortamento tóxico. Segundo é verificado pela literatura a confusão mais comum se faz com apendicite. Vemos aí que o sintoma dór é comum quer em intensidade como em forma a ambas as afecções. A dór na hemorragia ovariana pode variar de momento a momento, pois o sangue, permanecendo líquido, varia de sítio com as mudanças de posição do corpo e com qualquer mudança da pressão abdominal (defecação — tosse — etc.). Quando isso se dá já nos auxilia no diagnóstico diferencial. Coagulando-se o sangue, a dór pode ser estacionária. A temperatura pode nos auxiliar no diagnóstico diferencial pois nas apendicites sub agudas ou agudas é comum a elevação térmica ou pelo menos a dissociação das temperaturas axilar e retal. Na hemorragia do corpo amarelo ou folicular a temperatura será normal ou sub-febril e nos casos de grande hemorragia pode passar a sub-normal. A anamnese também às vezes nos auxilia no diagnóstico, pois é comum nas apendicites haver perturbações gastro intestinais pregressas. A formula leucocitária assim como a hemossedimentação não são de grande utilidade pois quer nas apendicites como nas hemorragias internas podem apresentar as mesmas modificações (hiperleucitose e hemossedimentação aumentada). Por fim a punção do fundo de saco vaginal posterior é de grande importância, pois dando saída a sangue com coágulos fala a favor de hemoperitônio, o que exclue a apendicite, ficando em jogo a possibilidade de prenhez extra rota. Quando permanecer a dúvida, não obstante os meios empregados, devemos optar pela intervenção cirúrgica. O diagnóstico diferencial com prenhez extra rota é muito difícil desde que não haja amenorreia ou outros sintomas de gravidez que orientam para o diagnóstico certo. A punção apenas comprova a existência de hemoperitônio, comum a ambas ginecopatias. Quanto às outras eventualidades diagnósticas um exame ginecológico apurado e boa anamnese resolverão o caso a contento.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

Nos casos em que a hemorragia não é maciça, cura-se espontaneamente por reabsorção, dificilmente dando sequelas aderenciais. Nos casos de grande hemorragia que inundam o peritônio, a intervenção está indicada, isto porque dificilmente coíbem espontaneamente, dando como sequelas: supurações, aderências, etc. As recidivas, pouco frequentes, podem interromper a evolução normal do processo.

TRATAMENTO

Varia de acôrdo com a gravidade podendo nos basear na classificação de Harris e Groper para melhor orientação. Assim nos casos do grupo 1, em que o único sintoma é a dór, podemos seguir a terapêutica expectante, aconselhando repouso no leito, bôlsa de

gelo no baixo ventre. Neste caso, tratando-se geralmente de pequena hemorragia interna é comum a cura espontânea. Sempre que a dor se acentuar ou não ceder dentro de 48 a 72 horas, devemos intervir cirurgicamente. Nos casos dos grupos 2 e 3, em que além da dor há os sinais patognomônicos de hemorragia interna, a intervenção cirúrgica se impõe. De preferência, laparotomia mediana infra umbilical, de mais fácil execução ou de Pfannenstiel. Aberto o ventre verifica-se a exatidão diagnóstica, sendo a hemorragia de origem ovariana, executa-se a ovariectomia parcial cuneiforme abrangendo o foco da hemorragia. Examinar sempre o outro ovário pois a afecção pode ser excepcionalmente bilateral, caso de Dansey citado por Moore. As vezes é suficiente a sutura da brecha ovárica. A extirpação do ovário só teria justificação em mulheres próximas da menopausa e com lesões associadas. Intervenções acessórias no útero, anexos e ovário do lado oposto, seriam indicadas se existirem outras lesões patológicas, e tendo em vista a idade da doente.

Apresentamos um caso dentro desta patologia por nós observado.

A história é a seguinte: J.M.S.V., 30 anos, branca, casada, brasileira, professora, primigesta. Deu entrada em 3-2-1961 pela tarde, relatando que no período da manhã, sentiu fortes dores na fossa ilíaca direita, com febre seguida de sudorese, cansaço, fraqueza, tendo sensação de vertigem. Antecedentes familiares e pessoais, nada digno de nota. Menstruação cada 28 dias, com duração de 5 dias, fortes cólicas até o segundo dia de regra. Pressão Arterial 115x70; pulso 90; temperatura, 36,5.

Exame — Abdomen flácido, pâncreo adiposo desenvolvido; ao exame ginecológico, rutura de 2.º grau, vulva entreaberta com secreção leitosa. Toque vaginal, colo amolecido, útero globoso, antero verso flexão, móvel e muito doloroso. Douglas e fossa ilíaca direita dolorosos. Exame especular: colo congesto e mole. Punção de Douglas, aspirando sangue líquido. Com estes dados foi diagnosticada como sendo gravidez ectópica rota, rutura de ciste ovárico. Tratamento cirúrgico: anestesia geral com Surital, Eter. Incisão de Pfannenstiel. Encontra-se grande quantidade de sangue na cavidade peritoneal, fazendo-se a limpeza, verificando tratar-se de um ciste luteo do ovário direito, roto, que sangrava. Foi feita a ovariectomia parcial cuneiforme abrangendo o foco hemorrágico, seguida de sutura. Útero e demais anexos em perfeitas condições anatómicas. Fez-se a apendicectomia, encontrando-se o apêndice um tanto congesto.

COMENTÁRIO

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O Dr. Gustavo Keil apresentou-nos uma exposição muito bem feita a respeito da etiopatogenia das inundações peritoniais de origem ovariana. Acentuou as dificuldades do diagnóstico diferencial, pois, realmente, é uma entidade mórbida poucas vezes diagnosticada antes do ato cirúrgico. Num ponto da sua exposição, acentua que, em caso de dúvida de diagnós-

tico, a intervenção deve ser indicada, tanto mais se a dúvida persiste entre uma apendicite e uma rotura de ciste de ovário ou de hemoperitônio ovariano, porque tanto num diagnóstico como no outro a intervenção é indicada. Acreditamos que êle queria dizer que, num caso de dúvida de diagnóstico, quando se está diante de um abdomen agudo, seja por apendicite, seja por rotura de ciste, seja por outra causa, é preferível intervir do que esperar. Já tivemos ocasião de observar uma das causas que podem desencadear a crise abdominal por rotura: a rotura de ciste do ovário provocada no ato do exame ginecológico. Isso foi a bastante tempo, na Beneficência Portuguesa, quando tocávamos uma doente: tendo palpado à esquerda uma pequena tumoração, ao procurar localizá-la e verificamos que se havia esvaziado no ato do exame uma ciste serosa do ovário. Assim a rotura no ato do exame é uma eventualidade que nós mesmos pudemos comprovar: não é apenas uma alegação teórica dos autores.

Na parte do tratamento, o Dr. Gustavo Keil acentuou que é mais fácil fazer-se uma laparotomia mediana umbilical do que uma incisão à Pfannenstiel. Talvez êle tenha razão nesse ponto. Entretanto, podemos afirmar que é mais fácil suturar uma incisão à Pfannenstiel do que uma incisão mediana infraumbilical. Talvez seja preferível, desde que se tenha o diagnóstico de um hemoperitônio de origem genital, fazer-se a incisão de Pfannenstiel, que tem mais condições de estabilidade no futuro.

BIBLIOGRAFIA

- AHUAMADA (J.C.): *Tratado Elementar de Ginecologia*.
CACCIA (Juan Pablo) e DURANDO (Adrio C.): "Hemoperitoneo por cuerpo amarillo sangrante". *Bol. Soc. Obs. Gin.*, XXII, 9, 1943.
DELASCIO (D.), CREDIDIO (L.) e GUIDI (Ardelio): "Hemoperitoneo por corpo luteo hemorragico". *Rev. Gin. d'Obs.*, XXXIX, 1 1945.
PÉREZ (J.O.), CÁRDENAS (M.), BARRERA (L.) e RODRIGUEZ FEO (J.A.): "Inundación peritoneal por hemorragia del cuerpo amarillo". *Rev. Med. Cubana*. XLVI, 2, 1955.
RÊGO (J. Filipe do): "Diagnóstico pré-operatório duma causa rara de hemorragia intraperitoneal. A rotura do folículo de Graaf". *Bol. Clínico e Estatístico*, VIII, 5, 1955.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Reuniões do Corpo Médico

Reunião de 10 de julho de 1958 :

Apresentação de caso clínico. — Dr. Fernando Freire. Apresentou a história clínica de uma doente que fôra operada, em segunda crise com intervalo de mais de 15 anos, com icterícia intensa e dores no abdome superior. Da primeira vez, na Santa Casa, nada se encontrou na vesícula e no coledoco, fazendo-se coledocostomia. Da segunda vez, recentemente, no Sanatório São Lucas, tudo se repetiu igualmente. Foi curioso que não se encontrou cheia de bile a árvore biliar, mas apenas pequena quantidade de secreção biliar pigmentada. No decurso pósoperatório o fluxo biliar foi aos poucos retornando a seu volume normal, sem entretanto alcançá-lo até agora. Uma biopsia do fígado indicou estabelecimento de lesões cirróticas. A paciente sofrera mais duas intervenções por eventração pósoperatória. Um estado gripal precedera a última crise. A cultura de bile extraída na operação não revelou a presença de germes. Uma colangiografia pósoperatória revelou passagem do contraste para o duodeno; árvore biliar normal.

O caso foi posto em discussão, falando os Drs. Hector Montoya, Moacyr Boscardin, José Saldanha Faria, Eurico Branco Ribeiro e John Kolb.

Reunião de 17 de julho de 1958 :

Câncer do esôfago. — Dr. Moacyr Boscardin. Apresentou um caso de câncer do esôfago que sofrera duas ressecções. Apresentou documentação radiográfica muito boa. Descreveu a operação para retirada do tumor, que se achava assentado no terço inferior do esôfago. Cinco meses depois, nova intervenção foi necessária por estenose da boca esofagogastrica produzida por fio de algodão, sendo feita nova ressecção seguida de esôfago-gástronomia. Nova estenose sobreveio, sendo tentada dilatação, que prossegue, com resultados satisfatórios, permitindo a deglutição normal.

O caso foi discutido pelos Drs. Eurico Branco Ribeiro, Paulo G. Bressan, Hector Montoya, José Saldanha Faria.

Por fim o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a vida hospitalar, focalizando principalmente a questão da admissão de leigos na sala de operações.

Reunião de 24 de julho de 1958 :

Câncer do estômago. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Inicialmente o orador apresentou um caso de câncer do estômago em que o tumor se achava limitado ao plano mucoso.

A seguir o Prof. Carmo Lordy discorreu sobre o câncer do estômago, falando sobre a sua patogenia. Ribert mostrou que o câncer gástrico se inicia na submucosa, vindo da parte profunda dos tubos glandulares, onde existe o centro germinativo normal. A propagação se faz para a superfície da mucosa ou para a camada muscular, geralmente em ambos os sentidos e em extensão, graças à rica rede linfática da submucosa, minando a mucosa de aparência normal. A propagação pelos linfáticos pode ser feita também por via retrograda e as vezes as células cancerosas podem cair no canal torácico e então pode haver, por via sangüínea, o aparecimento de metastases no pulmão, fato relativamente raro. Explicou como se processaram as metastases por via retrograda, como as que determinam o tumor de Krukenberg. A via sangüínea também pode ser observada na propagação do câncer do estômago, dando frequentemente metastases no fígado, geralmente multiplas, por intermédio da veia porta. A propagação por implantação também pode ser observada na chamada carcinomatose miliar peritoneal.

O caso e o assunto mereceram discussão, de que participaram os Drs. Moacyr Boscardin, Prof. Carmo Lordy e Eurico Branco Ribeiro.

Reunião de 31 de julho de 1958 :

Ácido pantoténico. — O Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre o ácido pantoténico — Bepantol Roche — como agente da motilidade intestinal. Referiu um trabalho argentino de Miguel Iusen e Emilio Zuteiman em que esses autores preconizam o emprego da droga não só no pós-operatório como também no ato cirúrgico em casos de hérnia intestinal estrangulada e na apoplexia intestinal.

O assunto foi discutido pelo Dr. Paulo Bressan.

Divertículo do esôfago. — Dr. Pedro Luiz de Oliveira. Apresentou um caso de divertículo do esôfago, assinalando alguns aspectos da história clínica e do ato cirúrgico.

Tomando a palavra, o Prof. Carmo Lordy discorreu sobre o divertículo do esôfago, iniciando por mostrar o desenvolvimento embrionário do esôfago. Passou depois a tratar dos divertículos de tração e de propulsão. Os por tração as vezes multiplas, estão na parede anterior e são formados pela tração inflamatória de ganglios do mediastino. Os por propulsão desenvolvem-se na parede posterior, geralmente entre a, faringe e o esôfago, onde a musculatura externa não tem o devido desenvolvimento. Encontram-se fibras musculares estriadas no divertículo de propulsão, quando no quarto superior do esôfago. Apresentou a peça do caso referido pelo Dr. Pedro Luiz de Oliveira e mostrou as laminais histológicas correspondentes.

Reunião em 7 de agosto de 1958 :

Câncer gástrico (diagnóstico precoce). — Dr. Eurico Branco Ribeiro. Discorreu sobre o câncer gástrico, acentuando a gravidade da moléstia e insistindo sobre o diagnóstico precoce. Reviu a sintomatologia e salientou as dificuldades do exame radiológico.

Por fim referiu-se aos horários de serviço e de alimentação no Sanatório São Lucas e aos estoques de medicamentos.

Reunião em 14 de agosto de 1958 :

Divertículo do duodeno: Dr. Paulo G. Bressan. Apresentou um caso de sintomatologia gástrica desde 1948, acentuada este ano, fazendo-se o diagnóstico radiológico de divertículo de duodeno. Foi feita a extirpação do divertículo, ocorrendo deiscência da sutura no 18.^o dia, em meio de várias complicações pósoperatórias, entre as quais avultou o edema agudo do pulmão, de caracter recidivante e fatal. O Dr. Paulo G. Bressan fez várias considerações sobre o caso, que foi longamente comentado por todos os presentes.

Reunião em 21 de agosto de 1958 :

Câncer gástrico (diagnóstico radiológico). — Dr. Eurigo Branco Ribeiro. Discorreu sobre o diagnóstico radiológico do câncer gástrico, apontando os sinais condizentes a uma conclusão e as dificuldades comumente apresentadas.

O Dr. Geraldo de Barros assinalou as dificuldades existentes entre o diagnóstico do câncer e da hipertrofia em anel da musculatura do ântro.

Certificado de estágio.—Na ocasião o Dr. Eurico Branco Ribeiro entregou ao Dr. Hector Montoya, um certificado de estágio no Sanatório São Lucas, dizendo palavras de despedida.

O Dr. Hector Montoya falou agradecendo.

Por fim o Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se às relações entre o Sanatório São Lucas e a Caixa dos Ferrovários, mostrando a repercussão que pode ter para com os médicos do quadro do hospital.

Reunião em 28 de agosto de 1958 :

Desequilíbrio humoral em cirurgia. — Dr. José Schavelzon, cirurgião de Buenos Aires. O orador iniciou esclarecendo o mecanismo do metabolismo do sódio e o do potássio. Exaltou o valor dos capilares nas trocas orgânicas. Os problemas clínicos foram apresentados e discutidos diante dos conceitos mais modernos do desequilíbrio humoral.

O Dr. Adhemar Russi fez considerações sobre a rehidratação do doente.

Reunião em 4 de setembro de 1958 :

Diagnóstico do câncer do fundo gástrico e da cardia. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O orador fez considerações sobre o diagnóstico do câncer do fundo gástrico e da cardia.

Diagnóstico do câncer do estômago. — Dr. José Maria Cabelo Campos. O orador estendeu-se em exposição do diagnóstico do câncer do estômago, mostrando numerosas chapas radiográficas, que interpretou.

Úlcera perfurante do fígado. — O Dr. Paulo G. Bressan apresentou uma série de radiografias de um caso em que três radiologistas não fizeram o diagnóstico de uma grande úlcera perfurante do fígado, cuja peça cirúrgica apresentou.

Sobre assuntos relativos a radiologia do câncer gástrico falaram os Drs. Evaldo Ramos Schaefer, Walter Bomfim Pontes, Paulo G. Bressan e Moacyr Boscardin.

Reunião em 11 de setembro de 1958 :

Endometriose. — Inicialmente o Dr. Waldemar Machado apresentou um caso de endometriose enxertada em cicatriz laparotômica. Depois de ter exposto o caso concluiu o Dr. Waldemar Machado que em casos de endometriose o cirurgião deve usar, ao fechar a parede, material cirúrgico que não servira para os atos intraabdominais. Citou mais um caso de endometriose da parede abdominal pósoperatória observado no Serviço do Dr. Eurico Branco Ribeiro.

A seguir o Prof. Carmo Lordy discorreu longamente sobre a endometriose, fazendo o seu histórico e apresentando os seus aspectos anatomo-patológicos.

Pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro foi acentuado o valor da teoria apresentada pelo Prof. Carmo Lordy da explosão de focos de endometrioma ao longo do canal de Müller, tal como o tecido pancreático pode aparecer no estômago, no intestino delgado e no divertículo de Meckel.

Foram apresentadas lâminas e projeções de figuras.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Operações realizadas durante
o 1.º Semestre de 1961

M E S E S	PEQUENAS	MÉDIAS	GRANDES	T O T A L
Janeiro.....	108	111	111	330
Fevereiro.....	132	88	90	310
Março.....	115	89	103	307
Abril.....	106	94	84	284
Maió.....	83	82	68	233
Junho.....	93	69	56	218
T O T A L = 637 + 533 + 512 = 1.682				

